

siącach leczenia 21,2. Przed rozpoczęciem leczenia Tal, w grupie pacjentów odpowiadających na leczenie, średnia MVD w szpiku kostnym oznaczana przy użyciu przeciwciała przeciwko vWF wynosiła 31,1 naczyń/mm². Po leczeniu Tal w grupie chorych odpowiadających na leczenie 19,3 naczyń/mm². Przed leczeniem Tal w grupie pacjentów odpowiadających na leczenie MVD z użyciem anty-CD34 wynosiła 32,1 naczyń/mm². Po leczeniu Tal w grupie odpowiadającej na leczenie była 20,1 naczyń/mm². Wyniki oznaczeń gęstości naczyń w szpiku kostnym chorych na szpiczaka plazmocytozowego dokonane przy użyciu przeciwciał anty-CD34, i anty-vWF były porównywalne. W trakcie leczenia talidomidem (po 6 m-cach terapii) obserwowano zmniejszenie liczby naczyń krwionośnych w szpiku, jednakże różnice MVD nie były istotne statystycznie.

256.

CHOROBA CASTELMANA - OPIS PRZYPADKU

Grzela M., Windorbska W.,
Ziółkowska E., Lewandowska A.

Dział Radioterapii Regionalnego Centrum
Onkologii w Bydgoszczy

Założenia i cel pracy: Choroba Castelmiana to inaczej naczyniowo-grudkowy lub olbrzymi przerost węzłów chłonnych, chłoniak łagodny olbrzymi lub hamartoma węzłów chłonnych. Klinicznie wyróżnia się dwie postacie choroby: postać zlokalizowaną i postać wieloośrodkową (rozсіяną), histopatologiczne: postać naczyniowoszklistą, postać plazmatyczno-komórkową i postać przejściową (mieszaną). Postać naczyniowoszklista jest chorobą ograniczoną, o łagodnym przebiegu, 5-letnie przeżycie sięga 100%. Leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny. Wieloośrodkowa postać choroby Castelmiana uważana jest za potencjalnie złośliwy rozrost limfatyczny związany z POEMS (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal proteinemia, skin changes) oraz z osteosclerotic myeloma, mięsakiem Kaposiego i z AIDS. Charakteryzuje się agresywnym przebiegiem i złym rokowa-

niem, ze wskaźnikiem śmiertelności około 50% i średnim przeżyciem 26 miesięcy. Przedstawiamy przypadek pacjentki z rozсіяną postacią chorobą Castelmiana diagnozowanej i leczonej w naszym ośrodku.

Materiał i metodyka: U 51 letniej kobiety stwierdzono powiększone węzły chłonne w obu okolicach nadobojczykowych, w okolicach podobojczykowych, w prawym dole pachowym, we wnęce prawego płuca, w okolicy rozwidlenia tchawicy, powiększenie wątroby, podwyższenie poziomu a1 globuliny we krwi. Występowały objawy ogólne: osłabienie, wzmożona potliwość, świąd skóry, drętwienia dłoni i stóp, zczzerwienienie skóry tej okolicy. Rozpoznano histopatologicznie postać plazmatyczno-komórkową choroby Castelmiana z klonalną produkcją IgG (Igl). Przeprowadzono radioterapię okolic nad- i podobojczykowych oraz chemioterapię wg schematu COP.

Wyniki: Uzyskano częściową regresję powiększonych węzłów chłonnych.

Wnioski: Choroba Castelmiana jest rzadką przyczyną powiększenia węzłów chłonnych. Możliwość nowotworzenia w jej przebiegu oraz możliwy wieloośrodkowy przebieg powinien być brany pod uwagę przy ustalaniu leczenia. Optymalny sposób postępowania w tej chorobie nie jest ustalony.

257.

DIAGNOSTYKA IMMUNOHISTOCHEMICZNA PRZERZUTÓW NOWOTWOROWYCH

Hausa R., Kurzawa , Filas V.,
Nowalińska D., Banasiak T.,
Bręborowicz J.

Katedra Onkologii Akademii Medycznej
w Poznaniu

Cel pracy: Określenie przydatności metod immunohistochemicznych w diagnostyce różnicowej przerzutów nowotworowych.

Materiał i metody: Badania wykonano w 100 przypadkach przerzutów nowotworowych o nieznanym ognisku pierwotnym. Wykrywano immunohistochemicznie markery nowotworowe stosując dwustopniową metodę immunoperoksydazową z kompleksem EnVision+TM/HRP. Zastosowano

przeciwciała poliklonalne i monoklonalne firmy Dako i Novocastra. Oznaczono następujące markery: CK-7, CK-20, CK(CKMNF-116), CEA, VIM, HMB-45, AFP, LCA, HEPA, GCDP-15, PSA, PSAP, THY, CALC, CHR, TTF-1, CD10, ER, PGR, S-100, DES, EMA i CAM 5.2.

Wyniki: Obraz morfologiczny w korelacji z wynikami badań immunohistochemicznych pozwolił na określenie punktu wyjścia nowotworu w 80% przypadków.

Wnioski: Do najbardziej przydatnych markerów można zaliczyć: CK-7, CK-20, HMB-45, AFP, HEPA, CEA, GCDP-15, PSA, THY, LCA i TTF-1.

258.

EVALUATION OF COMBINED TREATMENT IN CANCERS OF EXTRA-HEPATIC BILLIARY TRACTS

Idasiak A.

Zakład Radioterapii - Centrum Onkologii
Gliwice

PURPOSE: Evaluation of survival and side effects during combined treatment in cancers of extra-hepatic billiary tracts. **MATERIAL:** Material consisted of 23 patients (8 men and 15 women) aged from 46 to 73 (median age 61 years) with cancers located in gall bladder (78%), ampulla of Vater (13%), bile ducts (9%). All patients were previously operated (82% cholecystectomy, 13% Whipple operation, 5% endoprosthesis of billiary ducts). 9% of cancers were in T1, 30% in T2, 61% in T3. Distant metastases were found in 26% cases (50% liver and peritoneum, 50% bones). The most common histological diagnosis was adenocarcinoma (96%). Because of advanced stage 30% were treated with palliative intention and 70% radically with radiochemotherapy.

METHODS: The percentage of radio and chemotherapy adverse effects was calculated. The time of follow up was evaluated and average and maximal survival was calculated.

RESULTS: Adverse effects of radiotherapy were observed in 50% (19%-nausea and vomiting, 19%-diarrhoea, 12% leucopenia). Change of HBG ranged from -25% to +8%; HCT from -27% to +7%;

RBC from -21% to +9% ; WBC from -36% to -1%. Loss of weight during radiotherapy was around 5%. Tolerance of chemotherapy: 91% finished the treatment, 9% had adverse effects which disqualified them from further therapy. In the group of patients treated radically full follow up was available in 82% and 67% of them is still alive, 33% died because of progression of disease. Average survival was 196 days and maximal 479 days.

CONCLUSION: Combined treatment in cancers of extra-hepatic billiary tracts is well tolerated despite giving still unsatisfied treatment results.

259.

LECZENIE WZNOWY RAKA KRTANI U PACJENTA PO LARYNGECTOMII. RESEKCJA I ZŁOŻONA REKONSTRUKCJA WOLNYM PRZESZCZPEM JELITA CIENKIEGO I USZYPUŁOWANYM PŁATEM PIERSIOWYM

Jackiewicz P., Gałczyński J.,
Starościak S., Wiśniewski M.

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi.
Centrum Onkologii-Instytut
im M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Celem pracy jest przedstawienie użycia metody złożonej rekonstrukcji po wycięciu części szyjnej przełyku i skóry szyi z powodu wznowy raka krtani u pacjenta po laryngectomii.

Materiał i metoda. 66 letni mężczyzna z rozpoznaniem raka krtani po radioterapii radykalnej i laryngectomii przyjęty został na oddział z powodu wznowy zamykającej całkowicie światło przełyku i naciekającej skórę szyi. Pacjenta poddano leczeniu operacyjnemu. Wycięto w jednym bloku guz wraz z 8cm. odcinkiem przełyku i naciezoną częścią skóry. Ciągłość przełyku odtworzono za pomocą wolnego przeszczepu jelita czczego zespalając tętnice jelita czczego z tętnicą szyjną zewnętrzną koniec do końca, żyłę jelita czczego z żyłą szyjną wewnętrzną koniec do boku. Ze względu na duży ubytek skóry całość pokryto uszypułowanym płatem skórno mięśniowym z mięśnia piersiowego większego.